

# 如何促進社區民衆參與基層保健工作

李怡娟

## 一、前言及現況

傳統以來，護士及其他健康專業人員將醫院中的對象視為病人，社區中的視為個案(client)，而不是以「居民」對待。在基層保健工作中，所服務個案的對象包括健康的、生病的、老年人、青少年、嬰幼兒、男人、女人等。社區中健康專業人員將對象視為clients或citizens最大的差別在於執行問題評估、計畫、執行及評估一連串護理過程時，若視對象為clients時，專業人員扮演著主導及決策者的角色，民衆在整個攸關自身健康、福祉或利益過程中，只是一被動的接受者，少有替自己作決定的機會。

有時，他們會要求民衆一同參與來確認影響健康之危險因子，護理健康問題，及共同訂定計畫來解決問題，滿足民衆需求，然而卻不願意與民衆分享決定的權利，所以民衆根本沒有參與感，反而常覺得無力及無用感。

根據分析造成以上現象的有數種原因：

- (一)民衆信任專業人員的判斷、知識及技巧，因此全權委託及交付。
- (二)素來的政治性格導致下位者懼於上位者的權威，所以一直以來都是由上而下的決策流程，鮮少由下而上具自發性及獨立性。
- (三)民衆準備度不夠，限於如何參與之知識上及技巧上的不足，不知如何參與整個醫療保健工作。同樣的，健康專業人員也不信任民衆的能力。

社區民衆參與是達到基層保健計畫成功的一大關鍵。

## 二、何謂民衆參與 (citizen participation)

(一)citizen participation之定義

根據Arnstein(1970)「It most cases where power has come to be shared it was taken by the citizens; not given」

## (二)八個層次

### 1. 操縱(Manipulation)

居民談不上「參與」決策過程，只是被動地接受自上而來的訊息、教育及誘說，以便得到支持，許多在社區中的方案、計畫及服務，並未事先徵得居民的同意，只是象徵性地對他們解說，希望獲得他們的支持，在這樣假民主的過程中，掌權者常宣稱居民已參與決定過程。

### 2. 治療(Therapy)

和上一個階層類似，居民只是象徵性地被教育及解決他們的問題，但在解決問題的過程中，掌權者不在發掘問題的癥結以求徹底解決，而只是消極地治療表面的病徵。

### 3. 諮詢給予(Informing)

能夠主動地告知居民他們的權利、義務及能夠採取的行動，這是邁入居民參與的一大步，然而在這階層中單向的諮詢交流情形存在著，只有由上至下而來的溝通，卻缺乏由下反映的管道及力量，居民對攸關自身利益計畫或政策無主動參與的機會。

### 4. 諮商(Consultation)

稍稍願意聽從來自居民的聲音，但卻無法保證能夠造成決策過程的任何影響，其形式如：問卷調查、鄰里大會、及公聽會。

### 5. 安撫(Placation)

居民稍具參與力及影響力，在具決策力的組織中，居民可能佔有少數決策席次，但影響不大。

### 6. 合作(Partnership)

權利經過決策者及居民互相協商而重作分配，尤其當社區中有一結構、組織良好的居民代表組織時，運作尤佳，居民組織的重要特徵乃指由下而上，自然性及獨立性高的組織。

這個代表居民團體的組織較政治團體更接近基層，政治色彩較淡，工作較具實質性容易吸納居民參加，因此，這個組織是培訓居民領袖，提昇居民參與理想之地。

居民組織(Citizen group)愈有實力及資源，例如：financial resources, time-consuming, techniques, lawyers, and community organizers. 其與政治團體討價還價(Bargain)的籌碼愈多，被取代的機會愈少，甚至能牽制政治團體的活動。

民衆權力來源應由主動取得，而非被動地施予。

### 7. 代表(Delegated power)

居民擁有顯著的決定權。

### 8. 居民控制(Citizen control)

社區居民擁有絕對控制權。

社區民衆參與是希望透過一些活動來幫助個人及家庭能夠運作良好，表達需求，提供擁有的資源，與社區中公立或私立的機構結合在一起，一同計畫及利用其他相關資源、參與政策制定、支持計畫進

行，因此，社區民衆參與是希望透過社區中健康專業人員與民衆之間建立良好關係，互相分享權利及作出決定，形成政策。

### (三) 現存之社會及健康問題

近年來，健康專業人員所要面臨解決的健康問題早已令人不勝負荷，例如：個人或家庭暴力（機車暴走族、殺妻、滅子、虐待）、房屋及住家安全（海砂屋、輻射屋）、慢性病（糖尿病、高血壓、中風）、藥物濫用、青少年懷孕（據統計十五歲少女每年產下一五、〇〇〇名非婚生子女）等等。

面對以上種種問題，如果只仰賴健康專業人員獨自面對，相信種種挫折感、無力感會隨至而來，最重要的是解決這些問題的成效不彰是可預期的。

### (四) 重要性

#### 1. 自政治面

隨著整個政治生態的演變，民主意識抬頭，因此推動社區意識，落實社區建設，進而致力凝聚社會共同體，已經成為我國深化民主建設的新動力與新主體。

中國傳統的地域觀念中，「社區」觀念是不存在的，由個人至家庭，再至國家，所謂的「修身、齊家、治國、平天下」一詞中可看出，目前選舉的熱門名詞「生活共同體」即是「社區」的最佳寫照，而「社區發展」則是真正落實「主權在民」的實際作法，不讓「主權在民」再流於空洞的政治口號，而是希望透過民衆參與的過程來落實

真正作到「天賦人權」(empowerment)及民衆參與(Participation)。

在美國，有些人主張citizen participation，才是重要且需要的，因為power（權利）早已在人民身上，必須要喚起他們的參與而已。

#### 2. 自需求面

素來，健康專業人員不信任民衆具參與決策的能力，同樣的，民衆也不認為這些社區中的健康專業人員能提供多大的幫助，民衆已歷經多次各種不同的健康計畫實施、推廣，一個接著一個，卻不見對民衆的健康提供了多少影響及改善，正如一位民衆所描述的：「不要只是告訴我們的生活環境有多糟，健康情形有多惡劣，卻從來沒有實際的提供我們所想、所需、所求地來改善我們的問題。」

#### 3. 自健康保健面

聯合國早於一九七八年提出基層健康照顧(primary health care)的概念，作為達致全民提高民衆參與，滿足民衆健康需要的方法。這個概念指出，居民可以自行改善自己的健康狀況，參與層面可以從服務的整體政策，策略和方向的制定；服務的計畫和監察；資源的提供；以至從整個服務推行過程促進社區團體彼此和諧合作等各方面進行。

不論在七十年代的基層健康照顧，八十年代的健康促進或新公共衛生學中，強化社區功能，增進居民能力，進而能促進健康政策形成等等的主張，都在宣導範圍中且這些原則正在引導著公共衛生護理服

務的走向，可見得民衆在社區發展中所扮演著的重要角色。

雖然「社區發展」的工作已行之有年，但與這兒所謂的社區發展仍不相同，傳統由社政單位主導下的社區發展常常爲了爭取工作績效，變成是「做」社區，而不是「發展」社區，只一味地作社區民衆工作，並沒有讓社區民衆有機會自己來執行，非以社區發展的方法來幫助民衆，發展自行運作社區的能力，所以，重視民衆參與攸關社區發展的成敗甚鉅！

茲以爲民衆參與社區發展的重要性爲：

1. 具有某些相對的自主性，不致過度受外力的影響，居民組織團體以決定社區的事務，不必完全受外在環境的壓力。
2. 具有面對問題的能力和解決問題的決心，這也非單一個人所能做得到，一定得組織社區居民，並且同心協力，爲彼此的幸福而願意奉獻一己的心力。
3. 權力分散在各個階層，使得民衆有最大的參與，並且能對社區的決策發揮一己的影響力。
4. 居民對社區具有認同感和貢獻的心。
5. 社區居民的同質性大於異質性，這是經由社會化的過程，使社區居民普遍接納社區的道德規範，且建立生命共同體的共識，因而使社區花最少的能量在社區的維持上。
6. 發展出解決衝突的方法，使得社區居民能經由快速的問題解決這過程來處理衝突，減少能量的浪費，並增強社區解決問題的信心。

## （五）如何促進民衆參與保健工作

1. 建立民衆及健康專業人員之間的互助及互信的關係。
2. 尊重個人及社區內的文化。
3. 自社區中大多數人所關心，感興趣的議題著手，一個社區計畫或方案能夠成功的癥結在於它能夠滿足社區中大多數人的需求。
4. 透過社區中的組織或工作小組來運作。

爲了了解社區中居民的需求，使得整個計畫的運作更加順利，必須透過一個工作小組介入及參與，因爲社區民衆常易對本身健康問題，也因爲是無力感，而去習慣了問題，這工作小組就擔負了統整、發掘及支持社區中民衆的觀點，去關注、幫助社區民衆先針對簡單易達成的計畫開始，使得民衆易獲得成就感、滿足感也願進行後續的計畫及活動來解決問題。

### 5. 培養民衆的自信心

社區中存在的問題繁多，形式不一，不可能所有的問題都獲解決，必須將所有精力放在民衆願意一起去面對解決的問題上面。而自信心是促成他們願意參與的一大要素，而培養自信心的其方式就是關心他們要什麼，及什麼是能力所及的，而不是去臆測他們的需求。

發現及瞭解需求之後，接下來就是計畫執行來解決問題，這一部分是民衆最擔心及容易拒絕參與的，因爲他們往往認爲欠缺這一部分的能力。

這時，可以透過社區工作小組來幫忙他們，培養他們獨立自主的能力。

社區工作者的角色十分重要，應包括：

1. 直接為服務對象提供有關服務，如輔導、資源發掘、轉介。

2. 間接方面：

(1) 義工培訓或建立「支持網路／系統」。

(2) 協調「非專業／非正式」的服務單位或個人。

(3) 連繫同一地區內多種不同社會服務。

(4) 讓案主得到全面的照顧。

(5) 推動社區教育以減低社區／社會人士對有病人的誤解與歧視（例如：交通部對精神病患的歧視，才會有精神病患不准單獨搭公車的政策規定）。

(6) 進行調查研究，掌握案主確切之需要與問題。

(7) 倡議立法爭取維護有關案主權益。

6. 培養社區領導人才

社區民衆不應再扮演著一個被動的接受者，或只是一個旁觀者的角色，藉著社區教育工作來培養民衆具有社區發展的觀念和能力，啓發其社區意識、訓練其運作團體的能力、培養其解決問題的能力和技巧，因此培養社區中領導人才是必須的，這也是決定社區民衆參與的成功因素之一。

起初可透過會議(Meetings)，討論(Seminars)，及工作坊(Workshop)來訓練他們，但這代表訓練課程結束後，他們能立即將所學運用於社區中，經驗的學習[Experimental Learning]及實習才是最重要的。

社區領導人才須具備特質如下：

(1) 良好的諮詢能力。

(2) 人際關係。

(3) 能與他人合作。

(4) 具決策力。

(5) 不獨裁，能反映民意。

社區領導人才須具備的技能如下：

(1) 團體管理技巧(Group Management Skills)：

解決衝突(conflict resolution)、鼓勵參與的方法(methods of encouraging participation)、團體動力學(Group Dynamics)。

(2) 組織技巧(organization skills)：

計畫(planning)、代表(delegation)、財源開發(fund raising)、財務管理(budgeting)。

(3) 解決問題技巧(problem resolution skills)：

確定及分析問題(problem identification and analysis)、設立目標(setting goals)、團體決策能力(Group decision making)。

(4) 評估技巧(evaluation skills)：

評估結果及修正方式(assessment of results and revision of approaches)。

7. 採具體行動

(1) 確認社區中健康問題及危險因子

這有賴於居民的參與和投入，而非專業人員站在專業角度據下判斷，透過各種管道及方式，讓社區中居民表達他們的意見及看法。

(2) 解決問題

針對居民提出的健康問題，協調及發掘社區中現存的資源來解決問題，發展計畫及活動措施。

(3) 評估計畫

根據居民自訂的標準來評估計畫成效及問題解決程度。

(4) 透過政策制定或修改來解決問題

社區中居民的態度最能敏感察覺到政策的好壞，及對政策的修改最能反映及建議。

(本文作者現任陽明大學社區護理研究所副教授)

## 參考資料

- 香港基督教女青年會 社區工作新程式 台北 臺灣商務印書館 一九九二
- 蔡勳雄 社區發展工作的檢討與策進 理論與政策 八十三年秋季號 頁一〇九—一六 一九九四
- 林振春 如何凝聚社區意識·整建社區社會 八十三年秋季號 頁一七—二九 一九九四
- Arnstein, S. (1970). Eight rungs on the ladder of citizen

participation, In Chan, passet (eds): Citizen participation: A case book in Democracy, New Jersey Community Action Training Institute.

Flynn, B. C. Rider, M., & Ray, D. W. (1991) Healthy cities: The Indiana model of community development in public health. Health Education Quarterly, 18(3), 331-347.

Murray G. Ross, Community Organization: Theory, principles, and practice.

譯者 姚克明 王慧娣 一九八四 社區組織的理論與實際 台北 臺灣省公共衛生研究所

Perlman, J. (1979). Grassroots empowerment and government response. Social policy, P. 16-20.

Perlman, J. E. (1978). Grassroots participation from neighborhood to nation. In Laughon, S. Citizen participation in America, Leington, mass, Leington Books.

Victoria, B. C. (1989). Where the rubber meets the road - From health promotion rhetoric to health promotion action. A presentation to the National Symposium on Health promotion & Disease prevention.